

ДИВЕРТИКУЛ МЕККЕЛЯ У ДЕТЕЙ – ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Доманский О.Б.¹⁻², Рыбальченко В.Ф.¹

¹НМАПО имени П. Л. Шупика МЗ Украины. Киев

²Киевская городская детская клиническая больница № 2, Киев

Введение. По данным литературы, дивертикул Меккеля наблюдается у 2–3% людей, и только у 2% людей с дивертикулом Меккеля развиваются осложнения. Симптомы не характерны, но включают кровотечение (23%), кишечную непроходимость (43%) и признаки воспаления (18%) (дивертикулит). Опухоли дивертикула Меккеля, включая карциноид, являются редкими и развиваются главным образом у взрослых. Между тем в литературе отсутствуют данные относительно проведения симультанной дивертикулэктомии при наличии гнойной патологии другой локализации – аппендицит или перфоративная язва.

Цель работы – улучшить результаты лечения дивертикула Меккеля в условиях сочетанной острой абдоминальной хирургической патологии.

Материал и методы исследования. Проведен комплексный анализ результатов лечения 179 случаев дивертикула Меккеля за 20 лет (с 1995 включительно 2014). Пациенты были пролечены на клинической базе № 2 кафедры детской хирургии НМАПО имени П.Л. Шупика (Киевская городская детская клиническая больница № 2). Мальчиков было 63,8%, девочек – 36,2%. Детей до года было 6 (3.35%), от 1 до 3 лет – 8 (4.46%), от 3 до 7 лет – 50 (27.93%), от 7 до 10 лет – 39 (21.79%) и более 10 лет – 76 (42.47%). Группу сравнения составили 100 пациентов соответствующего возраста с разлитым аппендикулярным перитонитом без дивертикула Меккеля. Пациентам проводилось клиничко-лабораторное обследование.

Результаты и их обсуждение. Все пациенты были госпитализированы в ургентном порядке по причине острого абдоминального болевого синдрома – клиника разных форм аппендицита. Между тем при внимательном обследовании и динамическом наблюдении по причине отсутствия симптома Кохера было заподозрено воспаление дивертикула Меккеля у 27 (15.08%) пациентов. Двое из них (1.12%) имели удаленный отросток с пахового доступа при неустановленном и оставленном дивертикуле Меккеля в период новорожденности. У 16 (8.93%) пациентов, госпитализированных по причине непроходимости кишечника, установлена инвагинация дивертикула Меккеля, что требовало удаления последнего, а также проведения симультанной аппендэктомии. У 104 (58.11%) пациентов на фоне флегмонозного аппендицита были изменения в дивертикуле Меккеля, которые требовали его удаления, эта операция носила более симультанный характер. Между тем у 30 (16.76%) пациентов на фоне гангренозно-перфоративного аппендицита были изменения воспалительного характера и в дивертикуле (гистологически – флегмонозные), что также, несмотря на перитонит, требовало проведения удаления дивертикула. При нали-

чии перитонита брюшная полость промывалась физиологическим раствором до чистой воды – объем 8–10 литров. Все дети выздоровели. Из осложнений раннего периода выявлена спаечная непроходимость у 1 (0,6%) пациента. В послеоперационном периоде всем пациентам проводилась курсами противовоспалительная терапия.

Выводы. Наличие дивертикула Меккеля является показанием к оперативному лечению независимо от установленных осложнений со стороны аппендикулярного отростка – перфорации последнего. Симультанное удаление дивертикула Меккеля в случае обнаружения его при ургентной абдоминальной операции по другому поводу целесообразно даже в условиях аппендикулярного перитонита.

Литература:

1. Ашкрафт К.У. , Холдер Т. М. Детская хирургия. СПб., 1997. – Т.1–3.
2. Баиров Г. А. Срочная хирургия детей:– СПб.: Питер Пресс, 1997. – 464 с.
3. Дворяковский И. В., Беляев О. А. Ультразвуковая диагностика в детской хирургии –М.–1997.– 243 с.
4. Национальное руководство Детская хирургия: Под ред. Ю.Ф.Исакова. А.Ф.Дронова. 2009, С. – 1256.
5. Сушко В. І. та співав. Хірургія дитячого віку. Київ «Здоров'я», 2009. – 740 с.

РАНЕНИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ (АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ)

**Еловой М.М., Войтехович Г.Ф., Кухтарев А.А.,
Демчук А.И., Ведник Г.А.**

Могилевская областная детская больница, Могилев

Введение. В литературе чаще всего приводятся единичные наблюдения аноректальных повреждений у детей [1]. Учитывая особенности анатомического положения прямой кишки и вероятность повреждения других рядом расположенных органов, любое ранение её у детей должно рассматриваться как тяжелая травма [2]. Для анализа травм прямой кишки мы использовали классификацию А.М. Аминова 1969 г., в которой определены механизм травмы и объем ранения.

Целью исследования является изучение результатов ранения прямой кишки у детей на основании материала детского хирургического отделения УЗ «Могилевская областная больница» за последние 30 лет.

Материал и методы исследования. Нами проведен анализ 21-го случая ранения прямой кишки у детей. Из них было: 15 мальчиков и 6 девочек. В возрасте от 4 до 5 лет 2 ребенка, 6–10 лет 9 детей, 11–15 лет 10 детей. Причиной повреждения прямой кишки у 15 детей было падение на